

Formulario de reclamo de reembolso de medicamentos con receta / Coordinación de beneficios

Si no completa el formulario en su totalidad, es posible que se produzcan demoras en su reembolso.

Consulte las instrucciones que se encuentran en el reverso y complete toda la información.

» Información del titular de la tarjeta Consulte su tarjeta de identificación para medicamentos con receta.

N.º de grupo médico

Identificación del afiliado

Nombre del afiliado Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

» Información del paciente

Nombre del paciente Apellido

Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año)

Sexo Relación con el afiliado al plan

- Femenino
- Masculino
- 1 El afiliado mismo
- 2 Cónyuge
- 3 Hijo/a elegible
- 4 Estudiante dependiente
- 5 Dependiente con discapacidad
- 6 Padre/madre dependiente
- 7 Pareja de hecho
- 8 Otra

» Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluir el código de área)

¿Es una farmacia que se encuentra en una residencia geriátrica? Sí No

Certifico que el/los cargo/s por el/los medicamento/s recetado/s es/son correctos y acepto brindar a Express Scripts o a sus representantes un acceso razonable a los registros relacionados con los medicamentos entregados a este paciente de acuerdo con las leyes aplicables. Asimismo, acepto que el reembolso se pagará directamente al afiliado al plan y que es nula la cesión de estos beneficios a la farmacia o a cualquier otro tercero.

X _____
Firma del farmacéutico o su representante (Obligatoria)

NCPDP/NPI Obligatorio

» Reconocimiento

Certifico que el/los medicamento/s descrito/s anteriormente se recibió/recibieron para ser utilizado/s por el paciente antes mencionado y que yo (o el paciente) soy/es elegible para los beneficios de medicamentos con receta. Certifico que el/los medicamento/s descrito/s no fue/fueron por una lesión sufrida en el lugar de trabajo. Al completar este formulario, acepto que el reembolso se me pagará directamente a mí y que la cesión de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otro tercero es nula.*

X _____
Firma del afiliado

_____ Fecha

*Si la ley lo permite, puede ceder el pago de este reclamo a su farmacia. Si su farmacia está dispuesta a aceptar la cesión, no complete este formulario.

Solicite que su farmacia se comunique con Servicios de Farmacia al 800.922.1557 para obtener asistencia.

» Recibos correspondientes al reclamo

Pegue con cinta en el reverso los recibos o las facturas detalladas.

Consultar el reverso para obtener detalles.

Marque la casilla correspondiente si alguno de los recibos o facturas corresponde a:

Receta compuesta

Asegúrese de que su farmacéutico incluya: **TODOS** los números de NDC VÁLIDOS, costos y cantidades de cada uno de los ingredientes en el reverso de este formulario y adjunte los recibos. Se le devolverá el reclamo si se encuentra incompleto.

UN FORMULARIO DE RECLAMO PARA CADA PRESENTACIÓN COMPUESTA

Medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos

Por favor indique:

País _____

Moneda utilizada _____

Medicamento para la alergia

Coordinación de beneficios

(Otro plan de salud ha pagado una parte). Marque el casillero correspondiente a su método de cobertura primaria. Consulte el reverso para obtener más información.

¿Este es un reclamo de coordinación de beneficios? Sí No

- Otro plan de salud ha pagado y usted adjunta una declaración que indica cuánto pago usted y cuánto pago el otro asegurador (1)
- Programa de tarjeta (3)
- Pedido por correo de Express Scripts (4)

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, dañar o engañar a una compañía aseguradora, presente un reclamo o solicitud que contenga información esencialmente falsa, engañosa incompleta o presente información que induzca a error con referencia a dicho reclamo puede estar cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y puede acarrear sanciones de carácter penal y civil, incluso multas y/o prisión o denegación de beneficios.†

Por favor pegue con cinta los recibos en el reverso de esta página.

» Recibos correspondientes al reclamo

Pegue con cinta sus recibos aquí. ¡No use grapas! Si tiene recibos adicionales, péguelos con cinta en una hoja separada.

Pegue el recibo de la receta 1 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta:
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o N.º de identificación del médico
- N.º de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y día de suministro
- N.º de receta (N.º de Rx)
- DAW (Despachar según las indicaciones)
- Monto pagado

Pegue el recibo de la receta 2 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta:
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o N.º de identificación del médico
- N.º de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y día de suministro
- N.º de receta (N.º de Rx)
- DAW (Despachar según las indicaciones)
- Monto pagado

SOLO PARA RECETAS COMPUESTAS

- Completar el número VÁLIDO de NDC de 11 dígitos para cada ingrediente utilizado para la receta compuesta.
- Para cada número de NDC, indicar la "cantidad según sistema métrico" expresada en el número de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, ungüentos, inyectables, etc.
- Para cada número de NDC, indique el costo por ingrediente.
- Indique el cargo TOTAL (monto en dólares) pagado por el paciente.
- Se debe/n adjuntar el/los recibo/s al formulario de reclamo.

N.º de Rx

Fecha de surtido / / Suministro para días Cantidad

NDC de ingrediente válido de 11 dígitos

Cantidad según sistema métrico

Costo del ingrediente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cargo total

» Instrucciones Lea con atención antes de completar este formulario.

1. Presente siempre su tarjeta de identificación para medicamentos con receta en la farmacia minorista participante.
2. Utilice este formulario cuando haya pagado el precio total por un medicamento con receta en una farmacia minorista o necesite presentar reclamos según las normativas de Coordinación de Beneficios:
3. **Debe completar un formulario de reclamo separado para cada farmacia utilizada y para cada paciente.**
4. Debe presentar los reclamos dentro de un año desde la fecha de compra o según lo exija su plan.
5. **Asegúrese que sus recibos se encuentren completos.** Para procesar su solicitud, todos los recibos deben contener toda la información enumerada al inicio de esta página. Su farmacéutico puede brindar la información necesaria si su reclamo o factura no contienen un detalle.
6. El afiliado al plan debe leer con atención el reconocimiento y luego firmar este formulario y colocar la fecha.

7. **Envíe el formulario completo y el/los recibo/s a:**
Express Scripts
ATTN: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711
 8. También puede **enviar su formulario de reclamo por fax a: 608.741.5475.**
Utilice un formulario de reclamo por cada fax.
No combine reclamos pertenecientes a distintos afiliados en el mismo envío de fax.
- Instrucciones adicionales de coordinación de beneficios**
Pagó otro plan de salud
Debe presentar en primer lugar el reclamo a la aseguradora principal. Una vez recibida una declaración del plan principal por parte de la aseguradora principal, complete este formulario, pegue con cinta de los recibos originales de la receta en los espacios indicados en la parte superior de esta página y adjunte la declaración de el plan principal, la cual debe indicar claramente el costo de los medicamentos recetados y la parte que pagó el plan principal.

Programas de medicamentos con receta o Planes HMO

Farmacias minoristas

Si el plan principal es uno en el cual se paga un copago o un coseguro en una farmacia minorista, entonces no es necesaria una Explicación de beneficios (EOB). Solo complete este formulario y adjunte el/los recibo/s que demuestren el monto de copago o coseguro pagado en la farmacia. El/los recibo/s servirá/n como EOB.

Farmacia Express Scripts

Si el plan principal es de pedidos por correo, complete este formulario y adjunte el/los recibo/s correspondiente/s a la receta que demuestren el monto de copago o coseguro pagado a la farmacia de envíos por correo o la declaración de beneficios que recibió de la farmacia de envíos por correo.

† **California:** Para su protección, la legislación de California exige que la siguiente información conste en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de un siniestro es responsable de un delito y puede encontrarse sujeta a multas y confinamiento en una prisión del estado.

Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante, está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y esa persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.



C1001